



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Emma Leminen

INTERVALLIHOIDON VIRIKE- JA AKTIVOINTITOIMINNAN ASIAKASTYYTYVÄISYYS

Sosiaali- ja terveysala
2016

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Emma Leminen
Opinnäytetyön nimi	Intervallihoidon virike- ja aktivointitoiminnan asiakastyytyväisyys
Vuosi	2016
Kieli	suomi
Sivumäärä	37 + 2 liitettä
Ohjaaja	Helena Leppänen

Tutkimuksen tarkoituksena oli saada esille intervallihoidon asiakkaiden näkemyksiä ja selvittää heidän tyytyväisyytään virike- ja aktivointitoimintaan intervalliosastolla. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla intervalliosaston virike- ja aktivointitoimintaa olisi mahdollisuus kehittää monipuolisemmaksi.

Tutkimus toteutettiin laadullisena tutkimuksena eräässä Vaasan kaupungin sairaalan lyhytaikaista hoitoa järjestävällä osastolla. Tutkimusaineisto kerättiin haastatteleamalla valittuja osaston potilaita keväällä 2015. Haastattelu oli teemahaastattelu ja aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin keinoin.

Tutkimustulosten mukaan tutkitun osaston viriketoiminnan voidaan katsoa olevan potilaiden mielestä melko mielekäs, joskin sitä kaivattaisiin enemmän ja sen toivottaisiin olevan hieman monipuolisempaa.

ABSTRACT

Author	Emma Leminen
Title	Client Satisfaction in the Recreational and Activating Activities of Patients in Interval Care
Year	2016
Language	Finnish
Pages	37 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Helena Leppänen

The purpose of the research was to find out the views of interval care clients and to look into how satisfied they are with the recreational and activating activities in the ward of interval care. The research aim was to produce information that would enable the further development and diversifying of the recreational and activating activities in the ward.

The research was carried out as a qualitative research at one of the short term care wards at Vaasa City Hospital. The research material was collected through interviewing a selected group of patients of the ward. The interviews were performed in the spring of 2015. The method used was thematic interview and the analysis was performed as inductive content analysis.

The results show that the patients of the ward are content with the recreational activities of the department, although they expressed a wish for more activities and also that the activities should be slightly more diverse.

Keywords Recreational activities, interval care, memory disease, dementia

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	5
2	MUISTIHÄIRIÖT JA DEMENTIA.....	7
2.1	Alzheimerin tauti	7
2.2	Verisuoniperäiset muistisairaudet	8
2.3	Lewyn kappale -tauti.....	8
2.4	Muistisairauksien hoitotyö.....	9
3	VIRIKE- JA AKTIVOINTITOIMINTA.....	11
3.1	Kognitiivinen, sosiaalinen ja psyykinen toimintakyky muistisairaalla.	12
3.2	Fyysinen toimintakyky muistisairaalla	13
3.3	Luova toiminta	14
3.4	Viriketoiminta tutkittavalla osastolla.....	16
4	INTERVALLIHOITO	17
5	MUISTISAIRAAN HENKILÖN HAASTATTELU	19
6	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	21
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	22
7.1	Tutkimusmenetelmä.....	22
7.2	Tutkimuksen kohderyhmä	22
7.3	Aineiston keruu.....	23
7.4	Aineiston analysointi	24
8	TUTKIMUSTULOKSET	26
8.1	Potilaiden huomaama viriketoiminta osastojakson aikana	26
8.2	Potilaiden toivoma viriketoiminta osastojaksolle	27
8.3	Muita toiveita viriketoimintaan.....	30
9	POHDINTA.....	32
9.1	Muistisairaahan haastattelu.....	32
9.2	Tutkimustulosten tarkastelua	33
9.3	Tutkimuseettiset kysymykset ja tulosten luotettavuus.....	35

9.4 Jatkotutkimusaiheita	37
LÄHTEET.....	38
LIITTEET	

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1.	Potilaiden huomaama viriketoiminta osastojaksolla.	s.27
Kuvio 2.	Potilaiden toivoma viriketoiminta osastojakson aikana	s.29
Kuvio 3.	Muita toiveita viriketoimintaan	s.31

LIITELUETTELO

LIITE 1. Haastattelun teemat

LIITE 2. Tiedote tutkittavalle ja suostumus tutkimukseen osallistumisesta

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyönä toteutetun tutkimuksen tarkoituksena oli saada esille intervallihoidon asiakkaiden näkemyksiä ja selvittää heidän tyytyväisyyttään virike- ja aktivointitoimintaan intervalliosastolla. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla intervalliosaston virike- ja aktivointitoimintaa olisi mahdollisuus kehittää monipuolisemmaksi.

Suomen väestön ikärakenteen muuttuessa muistipotilaiden määrä tulee lisääntymään terveydenhuollossa (Koskeniemi, Stolt, Hupli, Suhonen & Leino-Kilpi 2014). Joka kolmas yli 65-vuotias kertoo muistioireista ja vuosittain todetaan noin 13 000 uutta dementian tasoista muistisairaustapausta (Käypä hoito 2010). Tutkitavalla intervalliosastolla suurella osalla potilaista oli jokin muistisairaus. Tämän vuoksi tässä opinnäytetyössä painotetaan muistisairauksia ja niiden vaikutusta tutkimukseen.

Dementoituvan toimintakyvyn tukeminen ja elämänlaadun edistäminen ovat dementoituvien kuntoutumista edistävää hoitotyötä. Säilyneiden kykyjen ja voimavarojen tukeminen edistävät dementiaa sairastavan elämänlaatua. (Heimonen & Voutilainen 2006, 57.) Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden terveystalvveluista todetaan, että palvelut tulee toteuttaa tavalla, joka tukee iäkkäiden ihmisten terveyttä, hyvinvointia, toimintakykyä, osallisuutta ja itsenäistä suoriutumista (L28.12.2012/980).

Tutkimuksen aihe on tärkeä ja ajankohtainen, sillä muistisairaiden vanhusten määrä väestössä kasvaa ja osa heistä tarvitsee koko- tai osa-aikaista laitoshoidoa. Aktivointi- ja viriketoiminta tuovat osastojaksoilla olevien potilaiden päiviin sisältöä ja tekemistä. Mielekäs elämänsisältö, aktiviteetit, itsensä toteuttaminen ja onnistumisen kokemukset, sekä mahdollisuus käyttää jäljellä olevia kykyjä parantavat dementoituneen ihmisen elämän laatua. (Heimonen & Voutilainen 2006, 74.)

Virike- ja aktivointitoiminnalla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä kuntouttavaa, ennaltaehkäisevää, omaehtoista, mieltä virkistävää toimintaa tai tekemistä joka tuo potilaan tai asiakkaan päivään sisältöä ja parantaa elämän laatua.

Intervallihoito tarkoittaa, että kotona olo- ja laitosjaksot vuorottelevat säännöllisesti, esimerkiksi 2 viikkoa kotona ja 2 viikkoa osastohoidossa (Muistiliitto 2013). Hoitojaksojen pituudet intervalliosastolla voivat vaihdella muutamasta päivästä usean viikon mittaisiin hoitojaksoihin.

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena haastattelututkimuksena. Haastattelututkimuksia on tehty aiemmin muistisairaana ja dementoituneen hoidosta ja sen laadusta. Aiemmat tutkimukset on kuitenkin tehty omaisten ja hoitajien haastatteluina. Tämä tutkimus on toteutettu muistisairaiden itsensä haastatteluna, jotta muistisairaana oma ääni saataisiin kuuluviin. Muistisairaana haastattelemineen on vaativaa ja eettiset kysymykset on tarkoin huomioitava. Nämä asiat huomioiden tutkimus halettiin kuitenkin tehdä muistisairaiden haastatteluna, jotta muistisairailta itsellään olisi mahdollisuus vaikuttaa samaansa hoitoon. Aihevalintaan vaikutti myös tutkijan oma mielenkiinto vanhusten laitoshoitopalveluita kohtaan sekä työkokemus vanhusten laitoshoidossa.

Tämä opinnäytetyö on tilaustyö Vaasan kaupunginsairaalan osastolle. Viriketoimintaan on osastolla kiinnitetty huomioita. Tämän vuoksi halutaan tietoa potilaiden tyytyväisyydestä viriketoimintaan, sekä kehitysideoita sen monipuolistamiseksi.

Aiempaa tutkimustietoa tähän tutkimukseen on kerätty käyttäen elektronisia tietokantoja, alan kirjoja sekä lehtiä. Elektronisia hakuja on tehty tietokannoista PubMed, Medic, ja Duodecim. Hakusanoina käytettiin mm. viriketoiminta, aktivointitoiminta, geriatrinen hoitotyö, intervallihoito, lyhytaikainen laitushoito, muistisairaana hoitotyö, geriatric nursing ja dementia. Haut rajattiin kieliin suomi, englantia ja ruotsi. Tutkimuksia haettiin aikaväliltä 2000 – 2016. Tutkimustietoa on haettu myös alan internet-sivuilta, lehdistä (Hoitotiede ja Tutkiva Hoitotyö), sekä kirjallisuudesta.

2 MUISTIHÄIRIÖT JA DEMENTIA

Käypä hoito -suosituksen (2010) mukaan muistisairaus määritellään sekä muistia, että muita tiedonkäsittelyn alueita kuten näönvaraista hahmottamista, toiminnan-ohjausta, sekä kielellisiä toimintoja heikentäväksi sairaudeksi. Etenevien muistisairauksien myötä tiedon käsittely ja muisti heikkenevät usein dementia-asteelle.

Etenevät muistisairaudet ovat aivoja rappeuttavia ja toimintakykyä heikentäviä sairauksia. Yleisimpiä eteneviä muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, verisuoniperäiset muistisairaudet, Lewyn kappale -tauti, otsa-ohimolohkorappeumasta johtuva muistisairaus ja Parkinsonin tauti. (Muistiliitto 2015.) Tässä opinnäytetyössä kerrotaan myöhemmin lyhyesti Alzheimerin taudista, verisuoniperäisistä muistisairauksista, sekä Lewyn kappale -taudista.

Dementia on oireyhtymä, jossa kognitio, eli tiedon käsittely heikkenee elimellisestä syystä. Kun useampi kuin yksi kognitiivinen toiminto heikentyy niin että se vaikuttaa itsenäiseen selviytymiseen jokapäiväisissä arjen toiminnoissa, työssä tai sosiaalisissa suhteissa, puhutaan dementiasta. Syy dementiaan voi olla pysyvä jälkitila, kuten aivovamma, hoidolla paraneva sairaus, kuten kilpirauhasen vajaatoiminta, tai etenevä muistisairaus. (Käypä hoito 2010.)

2.1 Alzheimerin tauti

Alzheimerin tauti on yleisin dementiaa aiheuttava sairaus. Noin 80 prosentilla dementiasta kärsivällä on Alzheimerin tauti, osalla se on yhdessä toisen muistisairauden kanssa. Se on etenevä muistisairaus, joka rappeuttaa aivoja. Taudin syytä ei ole tiedossa, mutta siihen on yhdistetty tiettyjä riskitekijöitä. Esimerkiksi suvussa ilmenneet Alzheimerin tautitapaukset, naissukupuoli, sekä elämäntavat suurentavat jonkin verran taudin riskiä. (Juva 2015.)

Alzheimerin taudin yleisyys kasvaa iän myötä. Se alkaa tyypillisimmin lievänä muistamattomuutena ja hajamielisyysnä. Se etenee yleensä hitaasti, vaikeuttaen ensin monimutkaisten tehtävien suorittamista, vaikuttaen lopulta jokapäiväisten arjen asioiden hoitamiseen, kuten perushygieniasta huolehtimiseen. Alzheimerin

tautiin liittyvää oireistoa, kuten käytöshäiriöitä ja keskittymisvaikeuksia voidaan lievittää lääkkeillä. Parantavaa lääkitystä ei kuitenkaan ole. (Juva 2015.)

2.2 Verisuoniperäiset muistisairaudet

Verisuoniperäinen muistisairaus, eli vaskulaarinen dementia on aivoissa esiintyvien verenkiertohäiriöiden aiheuttama muistisairaus. Sen taustalla voi olla esimerkiksi aivoverenvuoto tai aivoinfarkti. Aivoverenkiertohäiriöstä kärsineistä ihmisistä noin 25 % sairastuu verisuoniperäiseen muistisairauteen. Vaskulaarisen dementian riskitekijöitä ovat mm. korkea verenpaine, korkeat kolesterolitasot, ylipaino ja tupakointi, sillä nämä nostavat aivoverenkiertohäiriöiden riskiä. (Atula 2015 b.)

Vaskulaarisen dementian ensioireet voivat olla toiminnallisen ohjauksen ongelmia, muistioireiden pysyessä taka-alalla. Oireet myös alkavat nopeammin kuin Alzheimerin taudissa ja muisti- ja toiminnanohjauksen ongelmien lisäksi voi esiintyä muitakin ongelmia ja puutteita vaurioituneen aivoalueen sijainnin mukaan. Vaskulaarisen dementian hoidossa keskitytään kuntoutukseen, kuten fysioterapiaan ja puheterapiaan. Lääkehoidosta ei ole todettu olevan apua. (Atula 2015 b.)

2.3 Lewyn kappale -tauti

Lewyn kappale -taudin eteneminen on hidasta ja ensioireina voi olla älyllisten toimintojen hidastuminen sekä vireystilan vaihtelut, muistiongelmia kehittyvät vasta myöhemmässä vaiheessa. Tyypillisesti tautiin kuuluvat hyvinkin tarkat näköharhat. Taudinkuvaan voi liittyä myös liikkeiden hidastumista, kävelyvaikeuksia ja jäykkyyttä, jotka ovat myös Parkinsonin taudille ominaisia piirteitä. Muistisairauksista sairastavista noin 20 prosentilla on Lewyn kappale -tauti. (Atula 2015 a.)

Lewyn kappale -taudin tunnistaminen on usein vaikeaa. Se onkin alidiagnosoitu ja sekoitetaan usein Parkinsonin tautiin tai Alzheimerin tautiin. Tautiin liittyvien harhojen ja poikkeavan toiminnan vuoksi Lewyn kappale -tautia sairastavat saat-

tavat päätyä jossain vaiheessa sairastamistaan psykiatriseen hoitoon. (Hartikainen 2014.)

Taudin hoitona onkin paras mahdollisimman varhain aloitettu fysioterapia, sillä ehkäisevää, parantavaa tai tautia pysäyttävää hoitoa ei ole. Lääkehoito Lewyn kappale -taudissa on varsin haastavaa, sillä Parkinson-oireisiin auttavat lääkkeet lisäävät sekavuutta ja potilaat ovat myös erityisen herkkiä joillekin psyykenlääkkeille. (Atula 2015 a.)

2.4 Muistisairauksien hoitotyö

Muistisairaahan hyvän hoidon tulee olla kokonaisvaltaista ja kuntouttavaa, jossa sairaanhoito ja kuntoutus ovat yhteen liitettyjä. Kuntoutumisen perustana ovat ne voimavarat, joita muistisairaalla on jäljellä. Nämä voimavarat, tiedot ja taidot, otetaan käyttöön ja jo unohtuneita voimavaroja herätellään. Kuntoutuminen on muistisairaahan omaa arkielämää, johon sisältyy niin kognitiivinen, psyykkinen, fyysinen kuin sosiaalinenkin puoli. Näihin on edelleen oikeus, vaikka asioissa ja tilanteissa tarvitseekin apua muilta. (Mönkäre, Hallikainen, Nukari & Forder 2014, 8–9.)

Koko muistisairaahan hoitotyön ajattelutavan tulisi olla kokonaisvaltaista ja voimavarakeskeistä. Tarkoituksena on, että sairauden tuomien haittojen sijaan keskitytään mahdollisuuksiin. Muistisairaahan itsensä puolelta tämä kuitenkin edellyttää parantumattoman sairauden hyväksymistä ja tilanteen läpikäymistä. Hoitotyössä voimavarakeskeinen lähestymistapa tulisi olla mukana heti muistisairaahan diagnosoinnista lähtien. (Mönkäre, Hallikainen, Nukari & Forder 2014, 8–9.)

Osaava ja oikeanlainen hoitohenkilökunta luo pohjan muistisairaahan hoitotyölle. Muistisairaahan kanssa työskentelevän hoitajan tulee tietää paljon muistisairauksista, mutta myös omata positiivinen elämänasenne, sietää sekavuutta ja erilaisuutta, olla rohkea ja kyetä heittäytymään mukaan erilaisiin tilanteisiin täysillä ja huumorimielellä. (Kan & Pohjola 2012, 208.)

Muistisairaahan hoidon suunnittelussa tulee ottaa huomioon sairastuneen elämäntilanne ja elinympäristö, sekä turvallisuus. Muistisairauksiin liittyvien hahmottamisen ja käyttäytymisen muutoksien vuoksi erilaiset apuvälineet ovat tarpeen ja tur-

vallisuuteen on kiinnitettävä huomiota. Hoidon jatkuvuus ja arviointi tulee varmistaa. Kuntoutussuunnitelman tuleekin olla saatavilla kaikilla kuntoutukseen osallistuvilla ammattihenkilöillä. (Savikko, Routasalo & Pitkälä, 2014, 9–13.)

Muistisairaahan hyvän hoitotyön lähtökohtana on että niin muistisairas itse, kuin hänen läheisensäkin kohdataan arvostaen ja muistisairauden tuomat muutokset huomioidaan. Hoito tähtää toimintakyvyn ylläpitämiseen, oireiden etenemisen hidastumiseen sekä muistisairaahan mielekkääseen elämään ja hyvinvointiin. Myös läheisten hyvinvointi tulee hoitotyössä huomioida. Näiden päämäärien saavuttamiseksi hoitotyössä tarvitaan moniammatillista yhteistyötä, sujuvuutta tiedon kullussa, verkostoitumista ja sosiaalisia taitoja. Hoidon tulee olla näyttöön perustuvaa ja hoitajien osaamisen on oltava riittävää hoitoon, jossa tuetaan sairastuneen omaa identiteettiä ja elämänlaatua, elämän loppuun saakka. (Hallikainen, Nukari & Mönkäre 2014.)

3 VIRIKE- JA AKTIVOINTITOIMINTA

Virikkeellisen toiminnan tarkoituksena on kuntouttaa, virkistää mieltä ja tuoda tekemistä potilaan tai asiakkaan päivään. Näin se parantaa muistipotilaan elämänlaatua ja ylläpitää toimintakykyä. Viriketoiminta on usein luovaa toimintaa, kuten käsitöitä ja askartelua, tai fyysistä toimintaa, kuten kävelyä tai jumppaa. Nämä molemmat sisältävät kuitenkin myös sosiaalisen aspektin, sillä usein viriketoimintaa järjestetään ryhmissä.

Kun laitoshoido tarjoaa dementiaa sairastavalle virikkeellisen ja sallivan ympäristön, jossa hänen on mahdollista käyttää vielä jäljellä olevia kykyjään, toimintakyky säilyy mahdollisimman pitkään, vaikkei palautukaan ennalleen. Jotta dementoituneen toimintakykyä voidaan ylläpitää, tarvitaan kattava toimintakykykartointus, mitattavat ja selkeät hoitotyön tavoitteet, sekä hoitajien sitoutuminen työskentelemään niiden mukaan. Myös asioiden kirjaaminen ja hoitajien toiminnan sekä dementoituneen toimintakyvyn arviointi on tarpeellista. (Routasalo 2004.)

Virikkeellinen toiminta on määriteltävä dementoituneen ihmisen näkökulmasta. Tämä tarkoittaa sitä, että vaikka toimintakyky olisi heikentynyt, se ei saa rajoittaa osallistumista toimintaan. Osallistumisen on oltava aina mahdollista. (Heimonen & Voutilainen 2006, 63.) Virikkeellisen toiminnan ei tarvitse olla erikseen järjestettyä toimintaa, vaan se voi olla osa päivittäisiä toimintoja. Näin ollen mahdollisuuksia viriketoimintaan kyllä on, mutta se vaatii hoitajalta joustavuutta ja luovuutta. (Heimonen & Voutilainen 2006, 63–64.)

Virikkeellisen toiminnan tulisi olla sellaista, mikä sopisi dementoituneen aiempiin rooleihin elämässä tai mielenkiinnon kohteisiin. Tietoja sairastuneen elämänkulusta voikin hyödyntää virikkeellisen toiminnan järjestämisessä. Samoin minäkuuvan tukeminen ja riittävä haasteellisuus ovat tärkeitä. Sairastuneen omaa identiteettiä tukevat oman itsensä toteuttaminen ja mielihyvän kokeminen tekemisestä. (Heimonen & Voutilainen 2006, 63–64.) Mielekäs tekeminen voi helpottaa turhautuneisuutta, levottomuutta ja pakko-oireita. Painottamalla muistisairaana omia taitoja ja voimavaroja voidaan antaa muistisairaalalle itsevarmuutta ja viedä huomio hetkeksi pois sairauden tuomista ongelmista. (Muistiliitto 2013.)

Toiminta ei ole ainoastaan tekemisen lopputulos, vaan tekemisen prosessi on tärkein. Tekemiseen dementoituva tarvitsee aikaa, kannustavaa palautetta, apua ja mahdollisuuksia. Jokainen saa osallistua toimintaan omalla tavallaan, ja esimerkiksi muiden tekemisen seuraaminen voi olla yksi tapa osallistua. (Heimonen & Voutilainen 2006, 64.)

Seuraavissa kappaleissa kerrotaan tarkemmin muistisairaahan toimintakyvyn ylläpitämisen apukeinoista, sekä luovasta toiminnasta muistisairaahan tukena. Luvun viimeisessä kappaleessa kuvataan lyhyesti tutkittavalla osastolla järjestettävää virike- ja aktivointitoimintaa.

3.1 Kognitiivinen, sosiaalinen ja psyykinen toimintakyky muistisairaalla

Muistisairauksiin kuuluu usein kognitiivisten taitojen heikkeneminen. Kognitiivisilla toiminnoilla tarkoitetaan kielellisiä kykyjä, tahdonalaisia liikkeitä, muistamiseen, tarkkaavaisuuteen ja päättelyyn liittyviä asioita, sekä oppimista ja näönvaraista hahmottamista. Näiden tiedonkäsittelytaitojen säilymiseen auttaa kuitenkin niiden aktiivinen käyttäminen. (Paajanen & Hänninen 2014 a, 98.) Aktivoimalla aivoja virikkeellisillä harrastuksilla, sosiaalisella aktiivisuudella ja aivoja aktivoivilla harjoitteilla ajattelutoimintojen heikentymistä voidaan hidastaa. Aivojen aktivoinnilla katsotaan olevan merkitystä myös mielialaan sekä toimintakykyyn. (Paajanen & Hänninen 2014 b, 99–100.)

Paajanen ja Hänninen esittävät, että kognitiivisia taitoja voi harjoitella esimerkiksi tekemällä sanaristikkoita, lukemalla ja pelaamalla seurapelejä, mutta myös laulamalla, tanssimalla, soittamalla ja kuuntelemalla musiikkia. Kognitiivisessa harjoittelussa tärkeää ovat toistot. Tämän lisäksi harjoituksen tulisi olla mahdollisimman samanlainen kuin arjessa hankaluuksia aiheuttava toiminto. Tärkeintä kuitenkin on, että harjoittelu on mieluisaa ja haastavuudeltaan sopivaa, jolloin motivaatio säilyy. (Paajanen & Hänninen 2014 b, 99–100.)

Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluvat mieliala, tunteet ja kokemukset. Nämä asiat vaikuttavat siihen, kuinka sairastunut kokee elämänsä ja miten elämäänsä elää, kuin myös siihen, miten hän ylläpitää toimintakykyään. (Mönkäre 2014, b. 102–

103). Muistisairauksiin sairastumiseen kuuluu myös huoli ja suru, joiden läpikäyminen osaltaan auttaa myös hyväksymään sairauden. Rajaa ahdistuksen ja masennuksen ja normaalien voimakkaiden tunteiden läpikäymisen välillä voi olla joskus vaikea tunnistaa. Masennukseen liittyvät väsymys ja toivottomuus, sekä aloitekyvyn puute huonontavat kuitenkin sitoutumista toimintakyvyn ylläpitämiseen ja aiheuttavat turhaa kärsimystä. Tämän vuoksi muistisairaahan masennus on tärkeä tunnistaa. (Mönkäre 2014, a. 101–102.) Psykkinen toimintakyky vaikuttaa fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn, mutta myös päinvastoin (Mönkäre 2014 b, 102–103).

Sosiaalisissa tilanteissa myönteinen mieli sekä hyväksyvä ja arvostava ilmapiiri ovat parhaita lähtökohtia muistisairaahan kannalta. Edenneeseen muistisairauteen kuuluu mm. vaikeus seurata monimutkaisia vuorovaikutustilanteita. Käytännössä muistisairaahan sosiaalista toimintakykyä voi tukea ottamalla käyttöön muistin tukia, kuten kalenterimerkinnot ja äänimuistutukset. Toisaalta ennen sosiaalista tilannetta voi katsella valokuvia, tai ottaa esille harrastusvälineet tulevan tilanteen mukaan. Myös riittävän ajan varaaminen lähtemiseen ja palaamiseen on tärkeää. (Nukari 2014, 104–106.)

Yhtenä keinona sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämiseen on myös tekniikka. Teknisten apuvälineiden käyttö tulisi kuitenkin aloittaa mahdollisimman aikaisin ja jo tuttujen apuvälineiden käyttöä tulisi pitää yllä. Muistisairauden edetessä pidemmälle myös teknisten apuvälineiden käyttö hiipuu, ja myös se tulee hyväksyä. (Nukari 2014, 104–106.)

3.2 Fyysinen toimintakyky muistisairaalla

Liikkumisen tulisi olla normaali osa arkea myös muistisairaalle. Säännöllinen liikkuminen vaikkapa tutun ja turvallisen ryhmän mukana rytmittää viikkoa ja päivää. (Forder 2014 b, 110–111.)

Valvanne ja Käyhty kirjoittavat artikkelissaan Fysioterapia dementoituvan ihmisen kuntoutuksessa, että lihasvoiman heikkeneminen ei johdu dementoivasta sairaudesta itsessään, vaan liikunnan puutteesta ja lihaskadosta. Dementoitunut tar-

vitseekin sairauden varhaisesta vaiheesta lähtien liikunnallista aktivointia, sillä liikunta paitsi ennaltaehkäisee kunnon huononemista, se myös aktivoi aivoja ja tuo sisältöä elämään. (Valvanne & Käyhty 2004, 61.)

Muistisairauden ollessa lievä, monivaiheisten liikesarjojen tekeminen voi vaikeutua. Keskivaikeassa vaiheessa kahden raajan yhtäaikaista liikeä voi olla vaikeaa, esimerkiksi veitsellä ja haarukalla syöminen ei välttämättä enää onnistu. Kun muistisairaus on edennyt vaikeaan vaiheeseen, esimerkiksi seisomaan noustessa kävelyn aloittamiseen tarvitaan ohjausta ja mallia. Lopulta liikkeen itsenäinen tuottaminen ei enää onnistu. (Forder 2014 a, 110.)

Pääperiaatteita muistisairaana fyysisessä harjoittelussa ovat katsekontakti, sanallinen ohjaus, kosketus, mallintaminen ja mielikuvien käyttö, toistot sekä palaute. Rauhallisuus ja myönteisyys ovat avainasemassa niin arjen toimintojen kuin erityisten fyysisten harjoitteidenkin ohjaamisessa. (Forder 2014 b, 110–111.)

3.3 Luova toiminta

Luovan toiminnan tarkoituksena on kasvattaa muistisairaansa itseluottamusta, kehittää sosiaalisia taitoja ja vähentää stressiä, yksinäisyyden tunnetta, ahdistusta sekä avuttomuuden tunnetta. Luovan toiminnan ympäristön ja ilmapiirin tulisi olla salliva ja turvallinen. Muistisairauden eteneminen voi muuttaa ihmisen luovuutta. Se voi toisaalta rajoittaa luovaa tekemistä, mutta se voi myös päästää esille sellaista luovuutta, jota ihminen ei ole aiemmin elämässä esimerkiksi kovan itsekritiikin vuoksi voinut toteuttaa. Luovaa toimintaa voi olla esimerkiksi musiikki, kuvallinen ilmaisu, lukeminen, kirjoittaminen ja kertominen, sekä elokuvat ja teatteri. (Mönkäre & Semi 2014 a, 123–124.)

Koska dementoiviin sairauksiin liittyy usein kielellisten kykyjen ja havaintotoimintojen heikkeneminen, sairastuneen kyky kommunikoida ja ilmaista itseään heikentyy. Musiikki voi tarjota sairastuneelle ikään kuin reitin muistoihin, mutta myös tuoda mahdollisuuden vuorovaikutukseen. (Pirttilä 2004, 17.) Tämän vuoksi musiikkia voidaankin käyttää muistisairaiden kanssa niin liikkumisen apuna kuin muistelutuokioissakin. Tutun kappaleen hyräileminen tai laulaminen voi rauhoit-

taa mieltä, ja myös rytmittää toimintaa ja lisätä yhteistyökykyä. Usein musiikin kuuntelu ja laulaminen sujuvat, vaikka puheen tuottaminen olisi vaikeaa. (Mönkäre 2014 c, 125–126.)

Kuvallinen ilmaisu on itseilmaisun keino, joka voi auttaa käsittelemään tiedostamattomia tai unohtuneita tunteita ja kokemuksia. Kuvallinen ilmaisu voi olla maalaamista, kuvanveistoa tai vaikkapa valokuvataidetta. Taidenäyttelyyn tutustuminen voi tuoda mahdollisuuden yhdessäoloon ja muisteluun, mutta myös tunteiden jakamiseen. (Mönkäre & Semi 2014 b, 126–127.)

Lukeminen vahvistaa ajatustoimintoja ja auttaa ylläpitämään lukemistaitoa itsessään. Lukeminen avaa maailman muiden elämään ja antaa mahdollisuuden tuntea monenlaisia tunteita. Muistisairauden edetessä monimutkaisen romaanin juonessa kiinni pysyminen voi kuitenkin olla liian monimutkaista. Kuitenkin lyhyiden runojen, tai lyhyiden kuvitettujen sarjakuvien lukeminen saattaa olla mahdollista vielä pitkään. Kun itsenäinen lukeminen ei enää suju, on tarjolla selkokielisiä kirjoja ja äänikirjoja. Myös tutut lorut, sadut ja riimittelyt saattavat toimia hyvin muiden ääneen lukemina ja palauttaa mieleen vanhoja kokemuksia tai muistoja. (Mönkäre 2014 d, 127–128.)

Samoin kuin kirjat ja lukeminen, teatteri ja elokuvat voivat myös tarjota mahdollisuuden käsitellä omia tunteita ja avata portin toisten kokemuksiin. Elokuvan tai teatteriesityksen tutut asiat ja elementit voivat tuoda vanhoja muistoja mieleen. Elokuvan aktiivinen ja passiivinen katsominen ovat eri asioita. Aktiivinen katsominen ja mahdollisuus kommentoida ja keskustella nähdystä elokuvasta parantaa kokemusta. Muistisairauden ollessa pidemmälle edennyt, on huomioitava, että elokuvan tai tv-ohjelman tapahtumat saattavat muistisairaalle mielestä vaikuttaa tosilta. Tällöin on hyvä kiinnittää huomiota siihen, että nähdyt ohjelmat ovat rauhallisia ja turvallisen tuntuisia. (Mönkäre 2014 f, 129.)

Kirjoittaminen ja kertominen ovat myös itseilmaisun tapoja, joiden kautta voi kokea iloa ja käsitellä tunteita. Jos kirjoittaminen ei tunnu luontevalta tai se ei enää muistisairauden myötä onnistu, voi myös kertominen toimia apuna vaikeiden asioiden käsittelemisessä tai menneiden muistelussa. Kuuntelija voi toimia kertomi-

sen apuna esittäen kysymyksiä, kommentoiden tai vaikka kirjoittaa kertomusta muistiin. Kertomisen aloittamista saattaa helpottaa esimerkiksi etukäteen sovittu teema tai vaikkapa valokuva. (Mönkäre 2014 e, 128–129.)

3.4 Viriketoiminta tutkittavalla osastolla

Tutkimukseen haastateltiin myös tutkittavan intervalliosaston osastonhoitaja Marjo Suutaria (2015), jotta saataisiin selville, millaista viriketoimintaa osastolla on järjestetty. Suutari kertoi, että potilaiden aktivointi ja piristäminen ovat tärkeä osa hoidon ajattelua ja hoitomiljöötä. Viimeisten kolmen vuoden aikana viriketoimintaan on osastolla panostettu enemmän, ja henkilökunta on sisäistänyt hyvin uudenlaiset ajattelu- ja toimintamallit. Suutari kertoi, että henkilökunta huomaa potilaissa eron kotona olo -jaksojen ja osastojaksojen välillä: kotona ollessa potilaan kunto romahtaa.

Virikeohjaajat järjestävät kerran viikossa ohjelmaa osaston ulkopuolella. Näihin hetkiin osallistuu osastolta noin 5-8 potilasta, aina potilaan kunnon mukaan. Esimerkkeinä osastolla tapahtuvasta viriketoiminnasta Suutari mainitsi mm. päiväkotilasten vierailut, koiravierailut sekä kuorovierailut. Osastolla ulkoillaan päivittäin kävelyn muodossa, sekä kesäisin läheisen lammen rannalla istuen ja kahvitellen. Osastolla on mahdollisuus pelata bingoa sekä erilaisia lauta- ja korttipelejä. (Suutari 2015.)

Yhteistyö erilaisten yhdistysten kanssa on tuonut lisää mahdollisuuksia viriketoiminnalle. Esimerkiksi retkiä, ulkoilua, juhlia ja potilaille lukemista sekä juttuseuraa on mahdollistunut järjestö-puolen toiminnan kautta. (Suutari 2015.)

4 INTERVALLIHOITO

Lyhytaikainen laitoshoido tarkoittaa määrääkaiisia jaksoja hoitolaitoksessa. Usein hoidettavat ovat kotona asuvia vanhuksia. Tavoitteina lyhytaikaisessa laitoshoidossa ovat hoidettavan pysyvän laitoshoidon tarpeen lykkääminen sekä omaishoitajan jaksamisen tukeminen. (Muurinen & Valvanne 2005) Vaikka lyhytaikaisen laitoshoidon vaikuttavuutta on tutkittu melko vähän, löytyy siitä kuitenkin eriäviä mielipiteitä. Muurisen & Valvanteen artikkelin Vanhusten lyhytaikainen laitoshoido mukaan lyhytaikainen laitoshoido ei viivytä ennenaikaiseen laitoshoidoon joutumista. Toisaalta lyhytaikainen hoito tasokkaassa päivätoimintapaikassa tai dementiayksikössä voi parantaa dementoituvan toimintakykyä (Eloniemi-Sulkava 2008). Intervallihoitoyksikön ideologian tulee olla toimintakykyä tukevaa ja toimintakäytäntöjen joustavia (Eloniemi-Sulkava 2008, 76–77). Suomessa lyhytaikaista laitoshoidoa on järjestetty 1980-luvulta saakka (Muurinen & Valvanne 2005).

Kun lyhytaikaisen laitoshoidon jaksot ovat toistuvia, puhutaan intervallihoidosta (Muurinen & Valvanne 2005). Intervallihoito tarkoittaa, että kotona olo- ja laitoshajaksot vuorottelevat säännöllisesti, esimerkiksi 2 viikkoa kotona ja 2 viikkoa osastohoidossa (Muistiliitto 2013). Hoitajakset intervalliosastolla voivat vaihdella muutamasta päivästä usean viikon mittaisiin hoitajaksoihin.

Muurisen ja Valvanteen (2005) kirjoittamassa artikkelissa tarkasteltiin eräässä Helsinkiläisessä vanhainkodissa toteutunutta lyhytaikaista laitoshoidoa. Artikkelin perustui Muurisen väitöskirjatyöhön (2003). Tutkimuksen tarkoituksena oli saada selville, ketkä käyttävät lyhytaikaisia laitoshoidopalveluita ja minkä vuoksi. Tutkimukseen haastateltujen asiakkaiden keski-ikä oli 80 vuotta. Kolmasosa haastatelluista asui puolison kanssa ja yli puolet (56 %) asui yksin. Asiakkaista 84 % tarvitsi apua jonkin verran tai ei lainkaan ja 16 % tarvitsi melko runsaasti apua päivittäistoiminnoissa. Vaikeasti dementoituneita oli 7 %, lievästi tai keskivaikeasti dementoituneita 52 % ja kognitiivisesti normaalisti suoriutuvia 41 %. Tutkimuksessa todettiin, että yleisimmät syyt lyhytaikaiseen laitoshoidoon olivat omai-

sen loma tai lepotauko, kuntoutus tai hoidettavan oma virkistäytyminen. (Muuri-
nen & Valvanne 2005.)

Sirpa Salinin väitöskirjassa (2008) Lyhytaikaisen laitoshoidon reaalimalli vanhuk-
sen kotihoidon osana, esitetään, että lyhytaikainen laitoshoido on tarpeen omais-
hoitajien jaksamisen kannalta. Salinin tutkimuksen kohteena olivat omaishoitajat,
jotka hoitivat ikääntynyttä omaistaan kotona, hyödyntäen kuitenkin säännöllisesti
lyhytaikaisen laitoshoidon palveluita. Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa ly-
hytaikaisen laitoshoidon reaalimalli osana ikäihmisten kotihoitoa. Tutkimukseen
haettiin sekä omaishoitajien, että lyhytaikaista hoitoa järjestävien osastojen hoita-
jien kommentteja ja aineistonkeruu tehtiin teemahaastatteluna sekä postikyselynä.

Tulosten mukaan hoitajaksot vapauttivat omaishoitajan hoitovastuusta ja sujuvoit-
tivat arkea. Toisaalta taas se, mitä hoitajaksot sisälsivät, vaikutti siihen, kuinka
paljon hyötyä jaksosta koettiin olevan. Hoidettavan vointi hoitajakson jälkeen
saattoi vaihdella ”aktiivisesta” ”tilapäisesti työlääseen hoidettavaan”. Jos hoidet-
tavan vointi hoitajakson jälkeen oli ”tilapäisesti työläs hoidettava”, ei hoitajakson
sisältö ollut vastannut sille asetettuja tavoitteita. Sujuva yhteistyö hoitajan ja
omaishoitajan välillä vaatii aktiivisuutta molemmilta osapuolilta. Tutkimustulos-
ten mukaan laitos- ja kotijaksot tulisi saada yhtenäiseksi kokonaisuudeksi. Omais-
hoitajan, hoitajan ja hoidettavan tulisi kohdata ja näin myös osastolla saataisiin
kokonaiskuva hoidettavan kotitilanteesta. Jotta tämä toteutuisi, tulisi kiinnittää
huomiota osastolle tulo- ja kotiin lähtötilanteisiin. Kun tiedetään, millaiseen ym-
päristöön hoidettava kotoutuu, on helpompi suunnitella hoitajakson tavoitteet so-
piviksi. Hoitajat toivoivatkin mahdollisuutta kotikäynteihin, jotta kodin tilanteesta
tiedettäisiin osastolla enemmän. Tutkimustuloksissa todetaankin, että potilaan ko-
ko perhe on asiakas lyhytaikaisessa laitoshoidossa. (Salin 2008.)

5 MUISTISAIRAAN HENKILÖN HAASTATTELU

Muistipotilaiden näkemykset hoidosta tulee saada esille, vaikka haastattelututkimus onkin vaativaa, toteavat Koskeniemi, Stolt, Hupli, Suhonen ja Leino-Kilpi tutkimuksessaan muistipotilaan haastattelu - haaste klinikoille ja tutkijoille (2014). Heidän tutkimuksensa tarkoituksena oli tuoda esille tekijöitä, jotka vaikuttavat muistisairaan henkilön haastattelun onnistumiseen. Tutkimuksessa yhdeksän hoitoalan ammattilaista suoritti haastatteluja muistipotilaille, jonka jälkeen hoitajat kuvailivat tekijöitä, jotka vaikuttivat haastatteluuhin. Nämä tekijät olivat potilas- ja omaislähtöisiä, haastattelijälähtöisiä sekä hoito-organisaatio- ja henkilökuntalähtöisiä. Tutkimus oli osa laajempaa projektia.

Tutkimustuloksista (Koskeniemi ym. 2014) selviää, että haastattelun onnistumiseen vaikuttavat muistipotilaan mahdollinen kyvyttömyys ilmaista itseään sekä puhumisen vaikeus. Myös suhtautuminen tutkimukseen ja haastatteluun, sekä halu ja tarve vastata oikein kysymyksiin vaikuttavat. Muut ikääntymisestä johtuvat tekijät, kuten vireystila, vaikuttavat muistipotilaan haastattelun onnistumiseen. Hoito-organisaatio- ja henkilökuntalähtöisiä tekijöitä olivat rauhallisen haastattelutilan järjestäminen sekä heidän suhtautumisensa tutkimukseen ja haastattelijaan.

Haastattelijälähtöisiä muistipotilaan tekijöitä olivat haastattelijan valmistautuminen haastattelutilanteeseen, suhtautuminen tutkimukseen ja haastateltavaan, sekä haastattelutaito ja haastattelutekniikan hallinta. Myös haastattelijan tieto muistihäiriöistä ja kyky luoda luottamuksellinen vuorovaikutussuhde haastateltavan kanssa vaikutti haastattelun onnistumiseen. (Koskeniemi ym. 2014.)

Muistihäiriöistä henkilöä haastatellessa läheisen mukana olo saattaa sekä edistää ja toisaalta myös huonontaa muistihäiriöisen haastattelun onnistumista. Positiivisen vaikutuksen läheisen mukana olo tuo, jos hän suhtautuu haastatteluun myönteisesti. Hän myös tuntee muistisairaan ja osaa tarvittaessa tarkentaa haastattelukysymyksiä niin että muistisairas ne ymmärtää. Toisaalta läheinen saattaa vaikuttaa haastatteluun negatiivisesti, jos hän puuttuu muistisairaan vastauksiin, vastaa puolesta, vaatii muistamaan tai korjaa vastauksia. Myös kiireen tuntu vaikuttaa haastattelun onnistumiseen negatiivisesti, levottomuutta luoden. (Koskeniemi ym.

2014, 7–8.) Tässä tutkimuksessa haastatteluissa ei ollut omaisia mukana, sillä tutkimuksessa haluttiin esille erityisesti muistisairaana oma näkemys.

Vaikka dementiapotilaan haastattelu sisältää paljon riskejä, on haastattelun hyöty usein riskejä suurempi (Hellström, Nolan, Nordenfelt, Lundh 2007). Dementiapotilaiden poissulkemista heitä koskevista tutkimuksista voisi pitää epäeettisenä ja uhkana heidän arvokkuudelleen (Heggstad, Nordvedt & Slettebø 2013, 37).

Tässä tutkimuksessa haastattelut nauhoitettiin myöhempää analyysia varten. Haastattelutilanteen nauhoittamisesta on etua: se antaa mahdollisuuden palata tilanteeseen uudelleen, toimien sekä tilanteiden tulkitsemisen apuna, että muistin apuna (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 14). Haastattelun nauhoituksen avulla haastattelija pystyy paremmin huomioimaan myös oman toimintansa vaikutusta haastateltavaan. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 14.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää intervallihoitoyksikön potilaiden tyytyväisyyttä virike- ja aktivointitoimintaan. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla intervalliosaston virike- ja aktivointitoimintaa voidaan kehittää monipuolisemmaksi. Tutkittavalla osastolla haluttiin myös tietää, huomaavatko potilaat osastolla tapahtuvan viriketoiminnan ja kuinka paljon he sitä kokevat jo olevan.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

Millaista viriketoimintaa potilaat ovat huomanneet osastolla hoitajaksojen aikana?

Millaista viriketoimintaa intervalliosaston potilaat itse haluaisivat osastojaksoilla olevan?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tässä luvussa kuvataan tutkimuksessa käytettyä tutkimusmenetelmää, kohderyhmää, sekä aineistonkeruuta.

7.1 Tutkimusmenetelmä

Tämä tutkimus oli laadullinen tutkimus. Kvalitatiivisessa, eli laadullisessa tutkimuksessa halutaan ymmärtää jotakin asiaa syvällisemmin. Siinä halutaan saada uutta tietoa tai löytää uusia näkökulmia ilmiöihin. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 59.) Kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käytetään myös silloin, kun tutkimusaiheesta ei vielä tiedetä paljoakaan. (Kankkunen & Vehviläinen -Julkunen 2009) Aineistot kvalitatiivisessa tutkimuksessa ovat pienempiä kuin kvantitatiivisessa, eli määrällisessä tutkimuksessa, sillä jo muutamaa ihmistä haastatteleamalla voi saada paljon uutta tärkeää tietoa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 59.)

Tämän tutkimuksen keskiössä olivat haastateltavien henkilökohtaiset kokemukset viriketoiminnasta. Haluttiin tietää, millaista virike- ja aktivointitoimintaa potilaat kokivat osastolla jo olleen. Tutkimuksessa haluttiin myös selvittää laajemmin, millaisesta toiminnasta ja aktiviteetista potilaat itse pitäisivät ja millaista toimintaa he haluaisivat osastojaksoilla olevan. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa, jonka avulla intervalliosaston virike- ja aktivointitoimintaa olisi mahdollisuus kehittää monipuolisemmaksi. Jotta potilaiden oma mielipide saataisiin kokonaisuudessaan kuuluviin ja löydetäisiin uusia näkökulmia aiheeseen, tutkimusmenetelmäksi valittiin kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.

7.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimus toteutettiin Vaasan kaupungin sairaalan osastolla, joka on intervalliosasto. Tutkimuksen kohderyhmä oli tämän intervalliosaston potilaat. Suurella osalla osaston potilaista on jokin muistisairaus. Kaikilla tutkimukseen osallistuneilla potilailla oli jonkin muistisairaus. Tutkimusotoksen valinta oli tarkoituksenmukainen, eli valikoiva, jolloin tutkija on valinnut tietyn, tarkoituksen mukaisen joukon tutkimukseen (Kankkunen & Vehviläinen -Julkunen 2009). Haastateltavien valin-

nassa otettiin huomioon haastateltavan muistihäiriön aste, jotta haastattelu olisi mahdollinen. Tämän rajauksen toteutumiseksi haastateltavien potilaiden valinnassa käytettiin osaston potilaat tuntevan henkilökunnan apua. Näin myös haastatteli- ja pystyi valmistautumaan haastattelutilanteisiin paremmin. Haastateltavien joukossa oli sekä jo monella aiemmalla intervallijaksolla olleita potilaita, että vasta ensimmäisellä intervallijaksolla olleita potilaita. Näin haluttiin saada esille mahdollisimman laajasti erilaisia näkökulmia viriketoimintaan.

7.3 Aineiston keruu

Tutkimuksen aineisto kerättiin haastattelemalla yhdeksää intervalliosaston potilasta. Haastattelut tehtiin teemahaastatteluina kahden kesken haastateltavan kanssa intervalliosastolla. Intervalliosaston henkilökunta oli laatinut listan mahdollisista haastateltavista potilaista heidän muistihäiriönsä asteen huomioiden. Haastatteli- ja kysyi näin valitulta potilasjoukolta halukkuutta osallistua tutkimukseen. Kaikilta tutkimukseen osallistuneilta pyydettiin myös kirjallinen suostumus tutkimukseen ja haastatteluun. Haastattelijalla oli tietoa erilaisista muistisairauksista ja jonkin verran kokemusta muistisairaiden hoitotyöstä.

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 11.). Tämä tarkoittaa, että kaikissa haastatteluissa on samat aihepiirit eli teemat, mutta niiden esittämisjärjestys ja kysymysten muotoilu voivat vaihdella. Teemahaastattelussa jokin haastattelun näkökanta on päätetty, muttei kaikkia. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 11.)

Koska haastateltavat olivat muistisairaita, kysymyksiä saatettiin toistaa useamman kerran ja niitä saatettiin muotoilla tarpeen mukaan uudelleen haastattelun aikana. Välillä jo käsiteltyihin kysymyksiin ja asioihin palattiin hetken kuluttua uudelleen, jotta saatiin tarkastettua oliko haastateltava ymmärtänyt varmasti kysymyksen, ja toisaalta myös varmistuttiin siitä, että haastateltavan mielipide tulisi ymmärretyksi oikein. Haastattelumuodoksi valittiin teemahaastattelu, sillä se mahdollisti joustavuutta, jota tarvitaan toimiessa muistipotilaan kanssa. Lisäksi se toi mahdollisuuden syventää saatuja tietoja (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Toisaalta

teemahaastattelu auttoi myös pysymään asiassa ja palaamaan asiaan, aiheen välillä karatessa muualle.

Haastattelut suoritettiin kolmena eri päivänä, viikon välein, jolloin osaston potilaat ehtivät vaihtua ja materiaalista saatiin laajempi. Koskenniemen, Stoltin, Huplin, Suhosen ja Leino-Kilven tutkimuksessa Muistipotilaan haastattelu - haaste klinikoille ja tutkijoille (2014) kävi ilmi, että haastattelupaikan tulee olla tuttu ja turvallinen haastateltavalle. Tässä tutkimuksessa kaikkia haastatteluita ei ollut mahdollista suorittaa erillisessä, rauhallisessa tilassa, jolloin haastattelupaikkana toimi potilashuoneiden lisäksi myös osaston käytävän päässä sijainnut istumalue.

Tutkimukseen pyydettiin osallistumaan yhteensä 15 potilasta, joista viisi ei halunnut osallistua tutkimukseen. Yksi haastatelluista henkilöistä halusi lopettaa kesken. Yhteensä haastatteluja saatiin 9 kappaletta.

Haastatteluissa käytiin läpi viisi teemaa (liite 1). Tutkimushaastattelussa tulee esille, kuinka haastattelija ja haastateltava luovat itselle ja toisilleen tietyt roolit, kysyjän ja vastaajan (Ruusuvuori 2010, 269). Tämä näkyi osassa haastatteluissa haastateltavien jännityksenä, ja vaikutti näin välillä haastattelujen etenemiseen. Toisaalta haastateltavan jännitykseen vaikutti myös muistisairaus ja haastattelijan kyky saada haastateltavan luottamus.

Kvalitatiivisen tutkimuksen haastatteluaineiston lopullista määrää ei ole mahdollista päättää etukäteen. Aineistoa kerätään niin kauan, että kerätty aineisto alkaa saturoitua, eli samat asiat alkavat kertaantua kootussa aineistossa. (Kananen 2015, 146.) Tämän tutkimuksen haastatteluaineistossa samat asiat alkoivat toistua melko pian, eikä haastatteluista enää saatu uutta tietoa. Tämän vuoksi haastattelut päätettiin lopettaa yhdeksän haastattelun jälkeen.

7.4 Aineiston analysointi

Tässä opinnäytetyössä aineiston analysoimiseen käytettiin induktiivista sisällön analyysia. Sisällön analyysi on keino analysoida ja samalla kuvata erilaisia aineistoja. Sisällön analyysin avulla aineistosta saadaan esille erilaisia merkityksiä ja

seurauksia sekä sisältöjä. Burns ja Grove (2001) kuvaavat sen menetelmäksi tiivistää ja yleistää aineistoa. Sisällön analyysia on kritisoitu mm. sen yksinkertaisuuden ja toisaalta säännöttömyyden vuoksi, mutta se on kuitenkin paljon käytetty analysointimenetelmä hoitotieteen tutkimuksissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 165–167.)

Induktiivinen sisällön analyysi tarkoittaa, että lähtökohtana on ollut kerätty aineisto (Kananen 2015, 174). Induktiivisessa sisällön analyysissa tutkimustehtävä ja aineisto ohjaavat analyysia. Silloin aineiston teoreettista kokonaisuutta pyritään luomaan ilman aiempien havaintojen tai teorioiden vaikutusta. Aineistosta luokitellaan sanoja tai lauseita niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Tämä aineiston luokittelu perustuu lähinnä tutkijan induktiiviseen päättelyyn. Induktiivisuus antaa joustavuutta, jota tarvitaan muistisairaahan haastattelun onnistumiseksi.

Aineiston analyysi etenee vaiheittain pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin kautta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 167). Tässä tutkimuksessa aineisto on analysoitu käyttäen aineiston luokittelua ja kategorisointia, eli koodaamista. Näin aineisto saatiin tiivistettyä ja jaettua eri tasoihin. (Kananen 2014, 103, 113). Haastattelut nauhoitettiin digitaalisella nauhurilla. Nauhoitettu aineisto kirjoitettiin tekstimuotoon eli litteroitiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009). Tähän käytettiin Word -tekstinkäsittelyohjelmaa, jossa käytettiin fonttikokoa 11 ja riviväliä 1,25. Litteroitua aineistoa kertyi näin yhteensä 40 sivua.

Litteroitua haastatteluaineistoa käytiin läpi ja siitä haettiin vastauksia tutkimuskysymyksiin. Haastattelut numeroitiin yhdestä yhdeksään ja merkittiin kirjaimella H (H 1-9). Analyysiyksiköksi valittiin yksi lausuma tai lause, josta merkitys voitiin ymmärtää. Aineistosta etsittiin ensin alkuperäisiä lausumia ja lauseita, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Nämä lausumat pelkistettiin, listattiin samankaltaisuuksien perusteella ja muodostettiin nimetyiksi alakategorioiksi. Tämän jälkeen alaluokkia yhdistettiin ja niistä muodostui yläkategorioita. Lopuksi yläkategoriat yhdistämällä muodostettiin pääkategoria.

8 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä luvussa esitellään tutkimuksen tulokset.

8.1 Potilaiden huomaama viriketoiminta osastojakson aikana

Tutkimuskysymykseen ”Millaista viriketoimintaa potilaat ovat huomanneet osastolla hoitajaksojen aikana” saatiin induktiivista sisällön analyysiä käyttäen kaksi pääkategoriaa. ”Potilaiden huomaama virike- ja aktivointitoiminta intervallijakson aikana” ja ”Ei huomattua / koettua viriketoimintaa”. (Kuvio 1)

Potilaiden huomaama viriketoiminta osastojaksolla ollessaan oli liikuntaa, lukemista, median seuraamista, pelaamista, vierailijoita, sekä seurustelua muiden potilaiden kanssa (Kuvio 1).

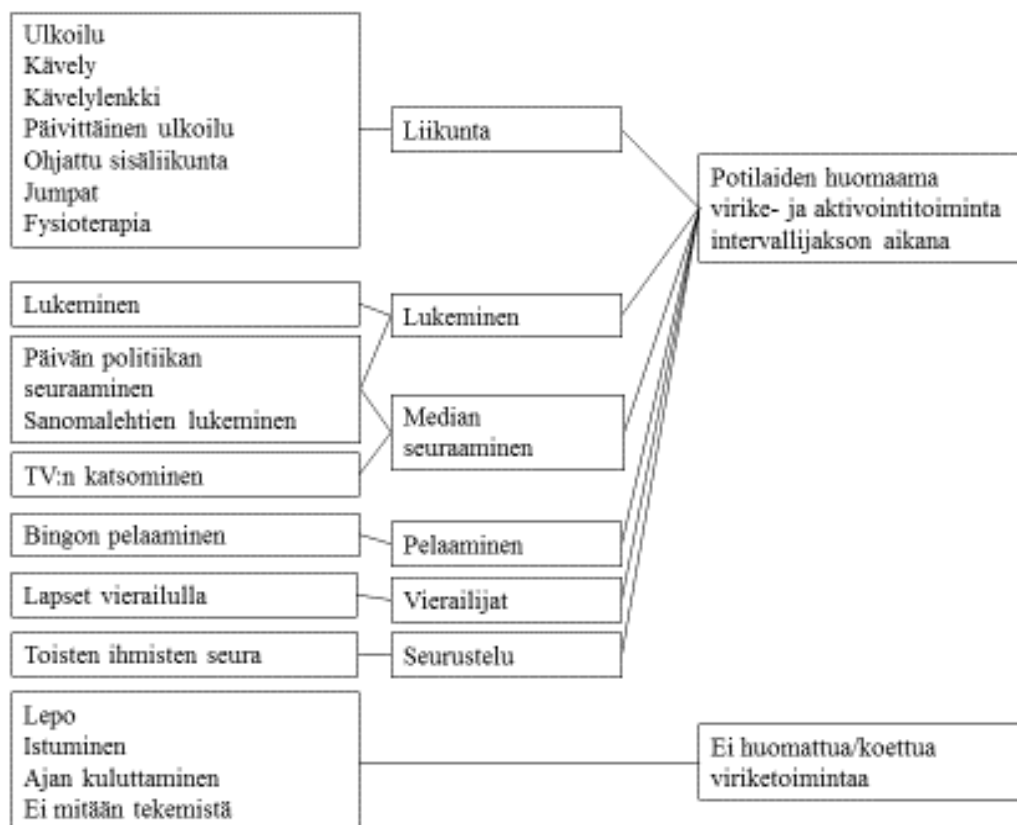
Osa haastateltavista koki, ettei viriketoimintaa juuri ole, vaan potilaat vain istuvat ja ovat. *”Ei mitään. Eei.---Muuta ku istuttu ja katottu toisiamme.”* (Haastattelu 2) Toisaalta rauhallisuus ja mahdollisuus levätä saatettiin kokea myös positiivisena asiana. *”Ei täällä täydy lentoon lähtee..”* (H7) *”Emmää oo tänne töihin tullu”* (H2)

Liikunta aktiviteettina mainittiin haastatteluissa usein. Potilaiden vastauksissa liikuntaan sisältyi ulkoilu, kävelyt, jumppatuokiot, osaston käytävällä käveleminen ja fysioterapia monessa muodossaan. *”Me käydään ulkona joka päivä.”* (H1) *”--pyörähommat--* (Viitaten fysioterapiaan).” (H6)

Lukemiseen sisältyi päivän lehden lukeminen ja sitä kautta ajankohtaisten asioiden seuraaminen. Osa haastateltavista kertoi pitävänsä aina omaa kirjaa mukana osastojaksoilla. Yhdessä haastattelussa mainittiin myös TV:n katsominen, joka luokiteltiin yläluokkaan *Median seuraaminen*. Päivän politiikan seuraaminen ja sanomalehden lukeminen katsottiin kuuluvaksi kahteen ryhmään, sekä median seuraamiseen, että lukemiseen. (Kuvio 1)

Seurustelulla tarkoitettiin toisten potilaiden kanssa juttelua. Haastatteluissa tuli esille myös toive siitä, että samaan huoneeseen sijoitetuilla potilailla olisi jotain

yhteistä ja he tulisivat hyvin toimeen keskenään. ”--*enempi huonokuntosille eri petipaikka ja erimoista liikuntaa -- jottei panna kaikkia sekasi. -- on hyviä ja huo-noja.*” (H7) Myös bingon pelaaminen mainittiin haastattelussa.



Kuvio 1. Potilaiden huomaama viriketoiminta osastojaksolla.

8.2 Potilaiden toivoma viriketoiminta osastojaksolle

Toiseen tutkimuskysymykseen ”millaista viriketoimintaa intervalliosaston potilaat itse haluaisivat” pääryhmiksi nousivat: lukeminen, TV:n katselu, oleminen, liikunta, pelaaminen, käsillä tekeminen, keskustelu, musiikki (Kuvio 2).

Lukemiseen sisältyi kirjojen lukemisen lisäksi päivän sanomalehtien lukeminen ja sitä kautta maailman uutisten ja tapahtumien seuraaminen. Myös aikakauslehtien selaaminen mainittiin haastattelussa. ”*Kyllä mä kattelin lehtiä.*” (H2) ”*Mä tykkään lukea--.* *Mä rakastan lukea sanomalehtiä*” (H1)

Tv:n katselu sisälsi sekä elokuvien katselua ja sarjojen seuraamista, että urheilun seuraamista tv:stä. Urheilun seuraaminen toistuikin haastatteluissa yhtenä mieleisenä harrastuksena myös osastojaksolla ollessa. ”--*Telekkarin kattomisesta*” (H2) ”--*penkkiurheilua*”. (H3)

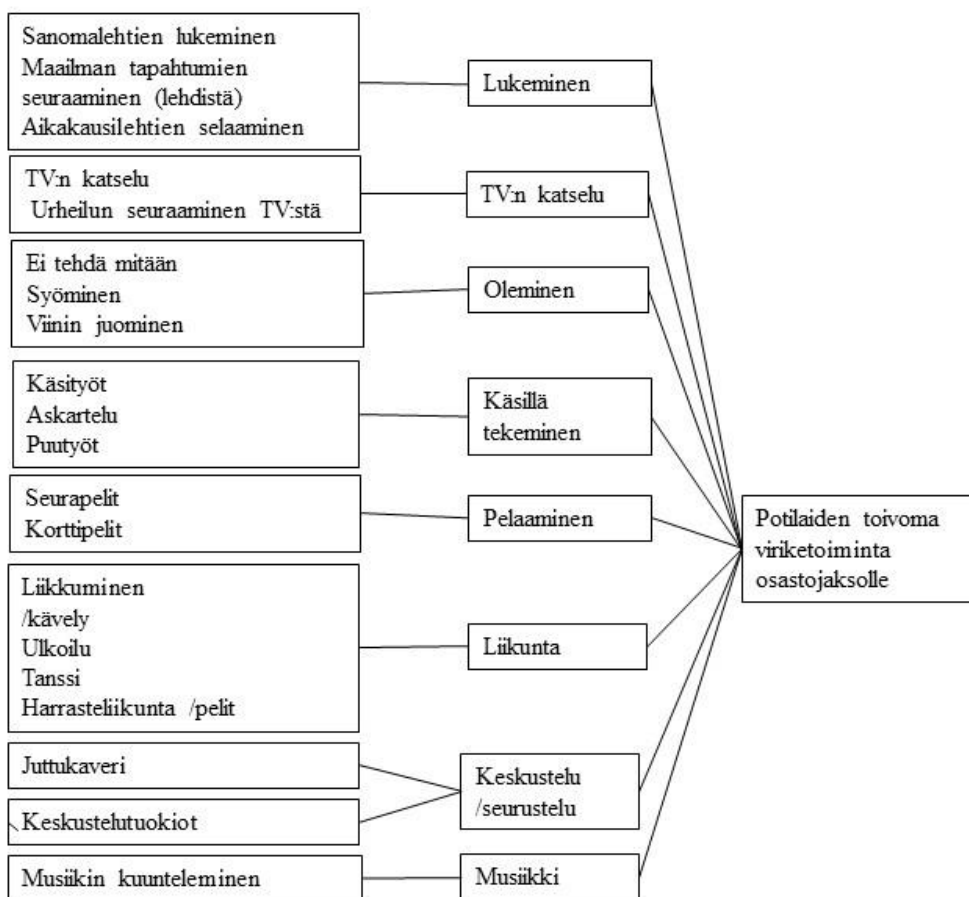
Yhdeksi luokaksi nousi *oleminen*. Tämän otsikon alle luokiteltiin syöminen, viinin juominen ja kommentit kuten ”*En minä jaksa tehdä mitää.*” (H2) Viinin juominen ja syöminen sinänsä voitaisiin luokitella myös seurustelun alle, mutta haastatteluissa nämä asiat tulivat esille nimenomaan yksin olemisen muotoina. Erilaiset *käsillä tekemisen* muodot toistuivat haastatteluissa. Näitä olivat käsityöt, askartelu ja puutyöt. ”*Eikä sen tarvi olla ku vaikka liimata jotaki..*” (H7)

Myös *pelaaminen* nousi esille haastatteluissa. Tähän ryhmään kuuluvat erilaiset seura- ja korttipelit. ”*Sellaasia mitä vois niinkun leikillä pelata.*” (H7)

Liikunnalla tarkoitettiin yleisesti liikkumista, kävelyä, ulkoilua, tanssia ja harrasteliikuntaa. ”*Enemmän liikuntaa.*” (H6) ”*Kyllä mä enemmänkin liikun ulukona jos vain -- onnistuu.*” (H7) ”*Jos täällä tanssit on niin varmaan meen tanssimaan.*” (H6) ”-- *huumorimielessä jotain liikuntaa.*” (H9)

Keskustelulla ja seurustelulla tarkoitettiin keskustelutuokioita ja juttukaveria. ”-- *juttukaveria - mä oon kyl kova juttelemaan ihmisten kans.*” (H9)

Musiikki nousi myös omaksi luokakseen. Alaluokaksi tähän muodostui musiikin kuunteleminen. Haastatteluissa todettiin mm. että laulun kuunteleminen on mieluista, toinen taas totesi kevyen musiikin olevan parasta (Kuvio 2).



Kuvio 2. Potilaiden toivoma viriketoiminta osastojakson aikana.

8.3 Muita toiveita viriketoimintaan

Aineistosta nousi viriketoiminnan yhteydessä esille lisäksi muita haastateltavien tärkeiksi kokemia asioita. Nämä asiat tulivat esille haastattelujen yhteydessä, eivätkä ne selkeästi olleet viriketoimintaehdotuksia, vaan toiveita ja ajatuksia siitä, millaisessa hengessä viriketoiminnan toivottaisiin sujuvan.

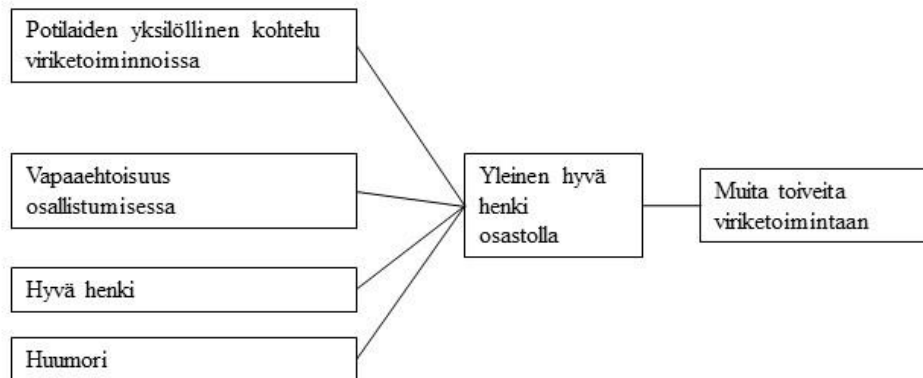
Myös nämä haluttiin huomioida ja tuoda esille tutkimuksessa. Pääryhmäksi aineistosta muodostuikin ”muita toiveita viriketoimintaan”. Tähän sisältyi huumori, potilaiden yksilöllinen kohtelu viriketoiminnassa, osallistumisen vapaaehtoisuus, sekä hyvä henki osastolla (Kuvio 3).

Huumorin tärkeys arjessa tuli esille haastatteluissa sekä yleisesti humoristisen ilmapiirin muodossa, mutta se liittyi myös toiveeseen liikunnasta. *”Nuin niinku huumorimielessä jotain liikuntaa.”* (H9) *”Liian totista on.”* (H9)

Myös potilaiden yksilöllinen kohtelu ja erilaisten mieltymysten kuunteleminen viriketoiminnassa tuli esille rivien välistä muutamassa haastattelussa. *”Kaikki ei tuu kun ei ne tykkää -- Se on heidän asiansa.”* (H7)

Positiivisessa valossa tuli esille myös osaston viriketoimintaan osallistumisen vapaaehtoisuus. *”Ja kun ei täällä pakoteta – se on pääasia että täällä saa vapaaehtoisesti tehdä kaikki. Sen pitäis kaiken homman perustua siihen että ois vapaaehtoisia.”* (H7)

Eräässä haastattelussa kysymystä pyrittiin tarkentamaan kysymällä, mitkä asiat osastolla tuovat hyvän mielen. Vastaus kuului : *” - - sanotaan että tämä henki esimerkiksi täällä..”* (H6)



Kuvio 3. Muita toiveita viriketoimintaan.

9 POHDINTA

Tässä luvussa tarkastellaan tutkimustuloksia, sekä pohditaan tutkimuksen eettisyyttä ja tulosten luotettavuutta.

9.1 Muistisairaahan haastattelu

Haastateltavan saattoi olla hankala ymmärtää käsitteitä ”viriketoiminta” ja ”aktiivointitoiminta”. Tämän vuoksi aihetta lähestyttiin haastatteluissa sekä konkreettisen tekemisen kautta (Mitä olette tehneet / mitä haluaisitte tehdä osastolla ollessanne), että sen kautta, mistä potilaat yleensäkin pitävät tai eivät pidä arjessa. Haastatteluissa kysyttiin mielenkiinnon kohteita, asioita jotka tuovat arjessa yleensäkin hyvää mieltä ja mistä asioista ei yleensäkaan pidä. Näiden vastausten perusteella haettiin vastauksia tutkimuskysymyksiin.

Kuten muistisairauksiin kuuluu, haastateltavien keskittymiskyky herpaantui haastattelujen aikana helposti. Olisikin ollut paras, jos haastattelut olisi pystynyt tekemään täysin rauhallisessa ja häiriöttömässä, mutta tutussa tilassa. Haastateltavan innostuessa kertomaan asiaansa, juttu saattoi karata kauas menneisiin asioihin. Haastattelujen aikana haastattelija sai lempeästi kääntää keskustelun takaisin aiheeseen kysymällä kysymyksiä uudestaan, muotoilemalla niitä uudestaan sekä kertaamalla ääneen haastateltavan juuri kertomaa asiaa. Välillä tarkentavia kysymyksiä esitettiin myös, jotta saataisiin selville, puhuuko haastateltava nykyhetkestä vai menneestä ajasta. Näin haastattelut saatiin etenemään. Haastattelut kestivät kymmenestä minuutista neljäänkymmeneen minuuttiin.

Haastattelija huomasi myös, että jos haastateltava itse ymmärsi oman muistisairautensa, hän saattoi aliarvioida omia kykyjään vastata kysymyksiin tai ylipäättään osallistua tutkimukseen. Tämä saattoi näkyä potilaan kieltäytymisenä haastattelusta, tai haastattelun keskeyttämisenä. Kuitenkin moni haastateltava oli lopulta myös mielissään siitä, että heidän mielipidettään kysyttiin ja yhtä lailla he olivat tyytyväisiä juttuseurasta.

Koska osalla haastateltavista muistisairaus oli edennyt pidemmälle, eivätkä he välttämättä pystyneet käsittelemään tai ymmärtämään haastattelijan kysymyksiä viriketoiminnasta, kysymyksiä muokattiin näissä tapauksissa enemmän yleiseen muotoon, jossa korostui tunne. Mistä pidätte / ette pidä? Mistä nautitte? Mikä tekee iloiseksi / surulliseksi? Näihin kysymyksiin vastauksia saatiin paremmin, kuin suoriin kysymyksiin toivotusta tai tehdystä toiminnasta osastolla.

Haastateltavasta saattoi kuulla, että hän ymmärtää muistinsa huonontuneen ja moni suri ja saattoi hävetäkin kovasti muistisairauttaan. Osa oli hiljalleen hyväksymässä sairautta, osalla muistisairaus oli edennyt siten, ettei haastateltava enää huomionnut itse omia heikkeitä taitojaan tai muistiaan. Joissakin tilanteissa haastattelija katsoi parhaaksi ehdottaa haastattelun päättämistä, tai itse päättää haastattelun, jos näki että haastateltava ei tuntenut oloaan turvalliseksi, oli alkujuttelun jälkeenkin hämmentynyt tilanteesta tai ei osannut vastata kysymyksiin lainkaan haastattelijan avustuksesta huolimatta.

9.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Haastatteluissa esille tulleet toiveeseen ”keskustelusta” sisältyi myös toive siitä, ettei potilaita sijoitettaisi huoneisiin siten että samassa huoneessa on sekä vaikeasti dementoitunut, lähes sänkypotilas, että vain lievästi muistihäiriöinen henkilö. ” --Täälähän ei voi seurustella--eihän näiden kavereiden kanssa voi seurustella-- ku nehän on -- ei voi keskustella kenenkään kanssa. ”

Osastolla, jossa haastattelut suoritettiin, oli omaksuttu kokonaisvaltainen hoitotyön kulttuuri, jossa potilaan aktivointi on osa jokaista päivää ja toimintaa. Näin ollen potilas ei välttämättä edes aktiivisesti huomaa kaikkea aktivoivaa toimintaa. Haastattelukysymykset oli jälkeenpäin ajateltuna aseteltu niin, että ne johdattivat vastaajat vastaamaan enemmän ”mitä olette tehneet” –kysymykseen, eikä niinkään ”kokonaistunnelmaan” tai hoitotyöhön. Haastattelukysymyksissä olisi myös hyvin voinut olla lisäksi suora kysymys ”oletteko tyytyväinen osaston viriketoimintaan?”

Haastatteluvastauksissa toistui viesti ”tekisin jos pystyisin”. Tämä toistui sekä suoraan, että epäsuoraan, ns. rivien välistä. Tällaisia haaveita olivat mm. kävelyn lisääminen ja tanssi. Herääkin kysymys, voisiko tällaista aktiviteettia järjestää enemmän? Osastonhoitaja mainitsi haastattelussa, että myös järjestötoimijoita on mukana osaston virike- ja aktivointitoiminnan järjestämisessä ja he järjestävät potilaille aktiviteettia monessa muodossa.

Tutkimuskysymykseen ”millaista viriketoimintaa potilaat haluaisivat” saatiin kahdeksan yläkategoriaa, joista kuuden voidaan katsoa vastaavan yläkategorioita, joita saatiin vastauksena toiseen tutkimuskysymykseen ”Millaista viriketoimintaa potilaat ovat huomanneet osastolla”. Näin potilaiden toivomia viriketoimintoja näyttäisi osastolla ainakin jossain määrin jo olevan. Näitä yhteisiä yläkategorioita olivat lukeminen, TV:n katselu/median seuraaminen, oleminen/ei viriketoimintaa, pelaaminen, liikunta ja seurustelu.

Esimerkiksi tv:n katselua osastolla on, toisaalta sitä toivottiin lisää. Lisää toivottiin esimerkiksi urheilun seuraamista. Potilaat toivoivat osastolla järjestettävän kuitenkin myös käsillä tekemistä askartelun, käsityön ja puutöiden merkeissä. Tutkimuksessa tuli ilmi myös toive musiikin kuuntelemisesta. Haastatteluissa musiikin kuuntelemisella tarkoitettiin levyjen kuuntelemista yhdessä ja myös toive musiikkityyliin monipuolisuudesta tuli esille. Osastolla toivottiin myös keskustelutuokioiden järjestämisestä ja toive tansseista kuului muutamassa haastattelussa.

Tutkimukseen osallistuneiden toivomien viriketoimintojen järjestämiseksi tarvittaisiin uusia resursseja, mm työntekijä ohjaamaan ja vetämään toimintaa: Tansseihin tarvittaisiin ”tanssittajia” niille, jotka tarvitsevat liikkua apua, keskustelutuokioihin tarvittaisiin vetäjä, puutöiden tekemiseen työkalut ja ohjaaja. Ohjaajan tarve viriketoiminnassa tuli esille myös haastatteluissa.

Viriketoiminnan osastolla voidaan siis näiden vastausten perusteella katsoa olevan melko mielekästä, joskin sitä kaivattaisiin enemmän ja hieman monipuolisempaa. Vastauksissa esille nousseiden asioiden toteuttaminen vaatisi lisää resursseja käytettäväksi virike- ja aktivointitoimintaan. Tarvittaisiin henkilökuntaa järjestämään toimintaa, mahdollisesti tilat toiminnan harjoittamiselle, sekä tarvittavat vä-

lineet. Vastauksista esille nousseen valinnan vapauden ja osallistumisen vapaaehtoisuuden vuoksi osallistujamäärät kuhunkin aktiviteettiin saattaisivat kuitenkin olla pienet, jolloin resurssien järjestäminen saattaisi hankaloitua entisestään.

9.3 Tutkimuseettiset kysymykset ja tulosten luotettavuus

Jotta tieteellinen tutkimus on eettisesti luotettavaa, hyväksyttävää ja uskottavaa, on tutkimuksen oltava suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämin tavoin. Tutkimus on siis toteutettava noudattaen rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014).

Eettisyyden huomioiminen on erityisen tärkeää dementia potilaiden ollessa mukana tutkimuksessa. Tutkimuksen tulee olla hyödyllinen, eikä siitä saa koitua vahinkoa tutkittaville. Dementia tutkimuksesta on harvoin hyötyä suoraan tutkittavalle itselleen ja tavoite onkin usein lisätä tietoa ja parantaa dementia potilaiden hoitoa tulevaisuudessa. (Bartlett & Martin 2002.)

Yhtenä tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla dementoituvien parissa työskentelevä henkilökunta voi kehittää virike- ja aktivointitoimintaa entistä monipuolisemmaksi. Tutkimusta tehdessä koettiin tärkeäksi myös saada dementiaa sairastavan oma ääni kuuluviin.

Muistisairaahan haastattelu herättää paljon eettisiä kysymyksiä. Kyseenalaista on saadun tiedon luotettavuus, potilaan kyky muistaa asioita tai tietämättömyys siitä, ettei muista (Koskeniemi, ym. 2014,5). Myös potilaan ymmärrys tutkimukseen osallistumisesta, ja se, haluaako potilas keskeyttää haastattelun, vai johtuuko käytös vain muistisairauteen liittyvästä kyvyttömyydestä keskittyä, tulee ottaa huomioon. On myös käytettävä tarpeeksi selkeää kieltä ja varottava ohjaamasta vastauksia. (Koskeniemi, ym. 2014, 9.)

Muistisairasta haastattellessa haastattelijan on oltava jatkuvasti valppaana tutkimuseettikan suhteen, sillä eettiset haasteet voivat olla yllättäviä. Tämä vaatii haastattelijalta moraalista herkkyyttä, tietoisuutta potilaan oikeuksista ja tarkkaavaisuutta (Heggstad ym. 2013, 37). Tässä tutkimuksessa kohderyhmänä olivat muistisairailla henkilöt, jolloin haastattelijalla välillä sekoitettiin hoitajiin, ja tämän vaikutus

tus vastauksiin on myös huomioitava. Vastaajat saattoivat välillä huolestua, että eiväthän heidän vastauksensa vaikuta negatiivisesti heidän saamaansa hoitoon osastolla. Näissä tilanteissa haastattelija esitteli itsensä uudelleen ja kertasi tilanteen. Haastatteluja tehdessä haastattelija pohti moneen kertaan muistisairaahan haastatteluun liittyviä eettisiä kysymyksiä. Tutkija halusi varmistaa sekä tutkimukseen osallistumaan pyydetessä, että haastattelujen aikana haastateltavan ymmärtävän oikeutensa kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta ja lopettaa haastattelu milloin vain.

Tutkimuksen näkökulma voidaan nähdä kyseenalaisena, sillä valitut haastateltavat olivat muistisairaita. Muistisairaudet aiheuttavat edetessään monenlaisia ongelmia, jolloin mm. puheen ja asioiden ymmärtämisessä, muistamisessa sekä puheen tuottamisessa saattaa ilmetä ongelmia. Tämä oli riski, joka tietoisesti otettiin potilaiden omien toiveiden ja ajatusten esiin tuomiseksi. Muistisairaahan haastattelun apuna käytettiin Muistipotilaan haastattelu – haaste klinikoille ja tutkijoille - artikkelia (Koskeniemi, ym. 2014).

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja haastateltavilta pyydettiin kirjallinen suostumus haastatteluun ja tutkimukseen osallistumiseen. Tutkija kertoi myös suullisesti sekä tutkimukseen osallistumaan pyydetessä, että haastattelujen aikana että osallistujilla on oikeus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta ja lopettaa haastattelu milloin vain. Tutkimuksessa vastaukset käsiteltiin anonymisti, eikä haastateltavia myöskään eroteltu sukupuolen perusteella pienen otannan vuoksi.

Muistisairaahan haastattelun onnistumisen kannalta olisi hyvä, että haastattelija olisi joku jo ennestään tuttu henkilö. Tutkija piti kuitenkin tärkeänä, että tutkittava osasto ei ole hänelle entuudestaan tuttu, jolloin tutkimuksen objektiivisuus säilyy paremmin. Toisaalta hoitajan läsnäolo haastattelussa olisi voinut vaikuttaa vastauksiin. Tutkimustuloksia tarkastellessa oli otettava huomioon, että osastolla oli erivaiheissa muistisairautta olevia potilaita, joista vain niitä oli pyydetty haastatteluun, joiden toimintakyvyn osaston henkilökunta oli katsonut riittäväksi tutkimuk-

seen osallistumiseen. Kaikkien osaston potilaiden mielipide ei ole edustettuna tutkimuksessa. Tutkimustuloksia ei siis voida yleistää.

9.4 Jatkotutkimusaiheita

-Miten erilaisia kommunikointiapuvälineitä voitaisiin hyödyntää muistisairaiden hoidossa ja viriketoiminnassa?

-Voisiko tekniikkaa hyödyntää viriketoiminnassa? Miten?

LÄHTEET

- Atula, S. 2015. a. Lewyn kappale –tauti. Duodecim. Viitattu 26.12.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01105
- Atula, S. 2015. b. Vaskulaarinen dementia (verenkiertoperäinen muistisairaus). Duodecim. Viitattu 26.12.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01106
- Bartlett, H. & Martin, W. 2002. Ethical issues in dementia care research. Teoksessa *The perspectives of people with dementia – Research methods and motivations*, 49. Wilkinson, H. London and Philadelphia. Jessica Kingsley Publishers.
- Eloniemi-Sulkava, U. 2008. Ympäri vuorokautinen lyhytaikaishoito osa kotona asumisen tukemista. Teoksessa *Laadukkaat dementia palvelut*, 76-77. Sormunen, S. & Topo, P. Jyväskylä. Gummerus.
- Forder, M. 2014. a. Muistisairaahan fyysisen toimintakyvyn muutokset. Teoksessa *Muistisairaahan kuntouttava hoito*, 109-110. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Duodecim. Helsinki.
- Forder, M. 2014. b. Muistisairaahan liikkumisen ohjaaminen. Teoksessa *Muistisairaahan kuntouttava hoito*, 110-113. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Duodecim. Helsinki.
- Hartikainen, P. 2014. Lewynkappaletauti. Teoksessa *Muistisairaahan kuntouttava hoito*, 287-282. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Duodecim. Helsinki.
- Heggestad, A., Nordvedt, p., Slettebø, Å. 2013. The importance of moral sensitivity when including persons with dementia in qualitative research. *Nursing ethics*. 20,1,30-40. Viitattu 15.2.2015.
<http://nej.sagepub.com/content/20/1/30.full.pdf+html>
- Heimonen, S. & Voutilainen, P., 2006. Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävä hoitotyö. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Hellström, I., Nolan, M., Nordenfelt, L. & Lundh, U., 2007. Ethical and methodological issues in interviewing persons with dementia. *Nursing ethics*, 14, 5, 608-619.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu - Teemahaastattelun teoria ja käytäntö, 59. Helsinki. Gaudeamus
- Juva, K. 2015. Alzheimerin tauti. Duodecim. Viitattu 26.12.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00699
- Kan, S. & Pohjola, L. 2012. Erikoistu vanhustyöhön, 208. Toim. Janna Haarti-Kuokkanen. 3. uudistettu painos. Sanoma Pro Oy. Helsinki.

Kananen, J. 2014. Laadullinen tutkimus opinnäytetyönä. Miten kirjoitan opinnäytetyön vaihe vaiheelta, 103-112. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja – sarja. Toim. Makkonen, T. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylä.

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas – Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun, 146, 174. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja – sarja. Toim. Makkonen, T. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylä.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä, 85. 1. painos. Helsinki. WSOY Pro Oy.

Koskenniemi, J., Stolt, M., Hupli, M., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, h., 2014. Muistipotilaan haastattelu – haaste klinikoille ja tutkijoille. Tutkiva hoitotyö. 12, 1, s.4-11.

Käyhty, M. & Valvanne, P., 2004. Fysioterapia dementoituvan ihmisen kuntoutuksessa. Teoksessa Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus, 48-62. Toim. Heimonen, S. & Voutilainen, P. Helsinki. Tammi.

Käypä hoito 2010. Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 2.2.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/suositus?id=hoi50044>

L28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Säädös säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 6.1.2015. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>

Muistiliitto 2015. Muistisairaudet. Viitattu 5.5.2015.
<http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/muistihairiot-ja-sairaudet/muistisairaudet/>

Muistiliitto 2013. Muisti ja muistisairaudet. Ympäri vuorokautinen kuntoutus. Viitattu 20.5.2015
<http://www.muistiliitto.fi/fi/muisti-ja-muistisairaudet/hoito-ja-kuntoutus/ymparivuorokautinen-kuntoutus/>

Muurinen, S. & Valvanne, J. 2005. Vanhusten lyhytaikainen laitoshoido. Gerontologia 19, 2. Viitattu 23.5.2016.
<http://elektra.helsinki.fi/se/g/0784-0039/19/2/vanhuste.pdf>

Mönkäre, R. 2014. a. Psykkinen kriisi muistisairauteen sairastumisen vaiheessa. Teoksessa Muistisairaankuntouttava hoito, 101-102. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Duodecim. Helsinki.

Mönkäre, R. 2014. b. Muistisairaankuntykkisen toimintakyvyn ylläpitäminen. Teoksessa Muistisairaankuntouttava hoito, 102-103. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Duodecim. Helsinki.

Mönkäre, R. 2014. c. Musiikki muistisairaahan arjen sujumisen tukena. Teoksessa Muistisairaahan kuntouttava hoito, 125-126. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Duodecim. Helsinki.

Mönkäre, R. 2014. d. Lukeminen muistisairaahan toimintakyvyn tukena. Teoksessa Muistisairaahan kuntouttava hoito, 127-128. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Duodecim. Helsinki.

Mönkäre, R. 2014. e. Kirjoittaminen ja kertominen muistisairaahan toimintakyvyn tukena. Teoksessa Muistisairaahan kuntouttava hoito, 128-129. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Duodecim. Helsinki.

Mönkäre, R. 2014. f. Teatteri ja elokuvat muistisairaahan harrastuksena. Teoksessa Muistisairaahan kuntouttava hoito, 129. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Duodecim. Helsinki.

Mönkäre, R., Hallikainen, M., Nukari, T. & Forder, M. 2014. Kuntoutumisen lähtökohdat muistisairaudessa, 8-9. Teoksessa Muistisairaahan kuntouttava hoito. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Duodecim. Helsinki.

Mönkäre, R. & Semi, T. 2014. a. Luova toiminta ja sen merkitys muistisairaahan toimintakyvylle. Teoksessa Muistisairaahan kuntouttava hoito, 123-124. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Duodecim. Helsinki.

Mönkäre, R. & Semi, T. 2014. b. Kuvallinen ilmaisu, kuvataide ja valokuvataide muistisairaahan toimintakyvyn tukena. Teoksessa Muistisairaahan kuntouttava hoito, 126-127. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Duodecim. Helsinki.

Paajanen, T. & Hänninen, T. 2014. a. Muistisairaahan kognitiivisen aktivoinnin lähtökohdat. Teoksessa Muistisairaahan kuntouttava hoito, 98. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Duodecim. Helsinki.

Paajanen, T. & Hänninen, T. 2014. b. Kognitiivinen harjoittelu muistisairauden hoidossa. Teoksessa Muistisairaahan kuntouttava hoito, 99-101. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Duodecim. Helsinki.

Pirttilä, T., 2004. Muistihäiriöisen ja dementoituvan potilaan kuntoutus. Teoksessa Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus, 12-21. Toim. Heimonen, S. & Voutilainen, P. Helsinki. Tammi.

Routasalo, P., 2004. Kuntoutumista edistävä hoitotyö laitoksessa. Teoksessa Dementoituvan ihmisen kuntoutuksen lupaus, 86-92. Toim. Heimonen, S. & Voutilainen, P. Helsinki. Tammi.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa Haastattelu - tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus, 11,14. Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. Tampere. Vastapaino.

Ruusuvuori, J. 2010. Vuorovaikutus ja valta haastattelussa – keskusteluanalyttinen näkökulma. Teoksessa Haastattelun analyysi, 269-299. Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. Tampere. Vastapaino.

Salin, S. 2008. Lyhytaikaisen laitoshoidon reaalimalli vanhuksen kotihoidon osana. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Viitattu 23.5.2008.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67880/978-951-44-7443-9.pdf?sequence=1>

Savikko, N., Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2014. Muistisairaankuntoutumisen tavoitteet ja toteutusperiaatteet. Teoksessa Muistisairaankuntouttava hoito, 9-13. Toim. Hallikainen, M., Mönkäre, R., Nukari, T. & Forder, M. Duodecim. Helsinki.

Suutari, M. 2015. Osastonhoitaja. Vaasan kaupungin sairaala. Haastattelu 6.5.2015.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012-2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 11.10.2016. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Liite 1

Haastattelun teemat

1. Mitä tapaatte tehdä tai harrastaa kotona ollessanne?
2. Mitä olette tehneet täällä osastolla ollessanne?
3. Millaista toimintaa haluaisitte täällä olevan?
4. Mitä haluaisitte tehdä täällä ollessanne?
5. Mitkä asiat koette miellyttävinä?
6. Mitkä asiat koette epämiellyttävinä?

Liite 2

TIEDOTE TUTKITTAVILLE JA SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Hei,

Pyydämme Teitä osallistumaan tutkimukseen, jonka tavoitteena on saada selville kehitysideoita, joiden kautta viriketoimintaa voisi kehittää entistä monipuolisemmaksi.

Tutkimus on Vaasan ammattikorkeakoulun opinnäytetyö ja tutkimuksen tilaaja on Vaasan kaupungin sairaalan osasto 1.

Tutkimus suoritetaan yksilöhaastatteluina ja haastattelut nauhoitetaan. Tutkimuksesta saatavia tietoja ja aineistoja käytetään ainoastaan tutkimuskäyttöön. Materiaali hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen valmistumisen jälkeen.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Teillä on tutkimuksen aikana oikeus kieltäytyä tutkimuksesta ja keskeyttää osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Yksittäiset henkilöt eivät tule esille tutkimuksessa.

Ystävällisin terveisin,

terveydenhoitajaopiskelija, Vaasan ammattikorkeakoulu

TUTKITTAVAN SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Paikka ja aika

Allekirjoitus